บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีประเด็นสำคัญดังนี้

1. วัณโรคปอด
   1.1 สาเหตุและการติดต่อ
   1.2 พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง
   1.3 การวินิจฉัยโรค
   1.4 การรักษา
   1.5 การป้องกันและควบคุมโรค
2. การปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ
   2.1 แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (The Health Belief Model)
   2.2 แรงสนับสนุนทางสังคม
3. กระบวนการส่งเสริมการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยวัณโรคปอด
   3.1 การเยี่ยมบ้าน (Home Visit)
   3.2 การอภิปรายกลุ่ม (Group Discussion)

วัณโรคปอด

วัณโรคปอด เป็นโรคติดเชื้อ ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกในศตวรรษนี้ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคทำให้ร่างกายผู้ป่วยอ่อนแอลง ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การยอมรับของสังคม และการป่วยเป็นวัณโรคในผู้ป่วยบางรายยังเป็นอุปสรรคในการประกอบอาชีพ ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาเศรษฐกิจตามมา อีกทั้งความยุ่งยากที่เนื่องมาจากแผนการรักษา ได้แก่ การรักษาที่ต้องใช้ยาหลายขนานร่วมกัน นานอย่างน้อย 6 เดือน อาการข้างเคียงจากยาแต่ละชนิดที่มีโอกาสเกิดได้ตลอดระยะเวลาในการรักษา ปัญหาเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และถ้าผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ให้ความร่วมมือเหล่านี้เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อที่รักษาไม่หายขาด จะทำให้ผู้ป่วยเป็นแหล่งแพร่วัณโรค มีโอกาสเป็นวัณโรคกลับซ้ำและวัณโรคดื้อยาเมื่อเริ่มการรักษาใหม่ ดังนั้น วัณโรคปอดจึงเป็นโรคที่สำคัญโรคหนึ่งที่พยาบาลชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่ ควรให้ความสำคัญในการติดตามดูแลผู้ป่วยให้รับการรักษาจนหายขาด

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

สาเหตุและการติดต่อ

สาเหตุ วัณโรคปอดเกิดจากเชื้อแบคทีเรียมัยโคแบคทีเรียม ทูเบอร์คูโลซิส *(Mycobacterium Tuberculosis)* ที่แบ่งตัวทวีจำนวนได้ดีที่อุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส ใกล้เคียงกับอุณหภูมิในร่างกายมนุษย์ และเติบโตโดยใช้ออกซิเจน ดังนั้นจึงพบวัณโรคปอดมากที่สุดเพราะเป็นอวัยวะที่มีออกซิเจนสูง (ประมวญ สุนากร, 2540, หน้า 2) เชื้อวัณโรคเหล่านี้จะแพร่กระจายออกมาจากแหล่งโรคหรือตัวผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อ (TB Disease หรือ Tuberculosis Disease) โดยปนเปื้อนออกมากับละอองเสมหะเมื่อผู้ป่วยไอ จาม พูดคุย ถ่มน้ำลาย หรือขากเสมหะ (Air Born Transmission)

การติดต่อ เกิดจากการสูดหายใจละอองเสมหะที่ปนเปื้อนเชื้อวัณโรค (Droplet Nuclei) เข้าไปสู่ทางเดินหายใจ แต่ละอองเสมหะที่มีขนาดใหญ่จะติดอยู่ที่โพรงจมูกและทางเดินหายใจส่วนต้น จากนั้นจะถูกขับออกโดยเยื่อบุทางเดินหายใจซึ่งเป็นกลไกความต้านทานธรรมชาติของร่างกาย ส่วนละอองเสมหะที่มีขนาดเล็กกว่า 5 ไมครอน จะผ่านเข้าไปที่ถุงลมปอดทำให้เกิดกระบวนการติดเชื้อเกิดขึ้น (ประมวญ สุนากร, 2540, หน้า 5) ดังนั้น ประมาณร้อยละ 90 ของผู้ที่รับเชื้อครั้งแรกจะไม่เกิดการเจ็บป่วย เพราะเชื้อบางส่วนจะถูกทำลายไปโดยกลไกของร่างกาย และบางส่วนจะสงบอยู่ในร่างกาย เรียกว่า ภาวะติดเชื้อวัณโรค (Tuberculosis Infection หรือ TB Infection) ส่วนอีกร้อยละ 10 มีโอกาสพัฒนาเป็นผู้ป่วยวัณโรค (Tuberculosis Disease หรือ TB Disease) โดยร้อยละ 5 จะป่วยภายหลังการรับเชื้อระยะ 5 ปีแรก และอีกร้อยละ 5 จะป่วยหลังได้รับเชื้อหลายปีหรือเมื่อมีอายุมาก หรือเมื่อได้รับเชื้อใหม่ (พิพัฒน์ ลักษมีจรัลกุล, 2543, หน้า 87)

การติดเชื้อและพัฒนาเป็นผู้ป่วยวัณโรค เกิดได้ง่ายถ้าได้รับเชื้อจำนวนมาก เชื้อโรคมีความรุนแรงสูง หรือร่างกายมีภูมิต้านทานต่ำ ดังเช่น ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอัตราเสี่ยงของการติดเชื้อวัณโรคมากกว่าบุคคลทั่วไปประมาณ 6-30 เท่า และอัตราเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นเป็น 100 เท่าเมื่อป่วยเป็นโรคเอดส์ในระยะสุดท้าย (UNAIDS, 1997 อ้างถึงใน อรทัย หรูเจริญพรพานิช, 2547, หน้า 63) มากกว่าร้อยละ 40 ของผู้ติดเชื้อเอดส์รายใหม่จะมาพบแพทย์ด้วยอาการของวัณโรคร่วมด้วย (พิพัฒน์ ลักษมีจรัลกุล, 2543, หน้า 85) หรือพัฒนาเป็นผู้ป่วยวัณโรคเนื่องจากผู้ติดเชื้อมีอายุน้อย โดยพบว่าถ้าได้รับเชื้อเมื่ออายุต่ำกว่า 2 ปี โอกาสเกิดโรคชนิดรุนแรงมีถึงร้อยละ 5-10 ถ้าอายุเกิน 2 ปี โอกาสเป็นโรครุนแรงจะน้อยกว่าร้อยละ 1 (ประมวญ สุนากร, 2540, หน้า 8)

บุคคลโดยทั่วไปทุกกลุ่มอายุต่างก็มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค ถ้าเข้าไปอยู่ในบริเวณที่มีเชื้อวัณโรคแพร่กระจายในอากาศ รวมทั้งผู้ป่วยวัณโรคปอดด้วยที่อาจติดเชื้อวัณโรคซ้ำได้อีก ถ้าสูดหายใจละอองเสมหะที่มีเชื้อวัณโรคขนาดเล็กกว่า 5 ไมครอนเข้าไปในถุงลมปอดปริมาณมาก เชื้อมีความรุนแรง หรือได้รับเชื้อเป็นระยะเวลานาน ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยมีร่างกายอ่อนแออยู่แล้ว

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง

พยาธิสภาพ เกิดโดยเชื้อวัณโรคที่มีขนาดเล็กกว่า 5 ไมครอนจะฝังตัวที่เนื้อปอดและเติบโตโดยการเพิ่มจำนวนตรงบริเวณที่เชื้อฝังตัวอยู่ โดยปริมาณเชื้อวัณโรคจะแตกต่างตามลักษณะพยาธิสภาพที่ปอด ถ้าไม่มีแผลโพรงที่ปอดจะตรวจพบเชื้อวัณโรคได้น้อย ($1*10^2$-10^3) แต่ถ้ามีแผลโพรง จะตรวจพบเชื้อวัณโรคได้มาก ($1*10^7$-10^8) (บัญญัติ ปริชญานนท์ และคณะ, 2535, หน้า 275) นอกจากนี้ เชื้อบางส่วนอาจจะลุกลามไปยัง หลอดน้ำเหลืองข้างเคียงทำให้หลอดน้ำเหลืองและต่อมน้ำเหลืองอักเสบ เกิดเป็นรอยโรคแรกในเนื้อปอด เรียกว่า ไพรมารีย์ โฟกัส *(Primary Focus)* เมื่อรอยโรคเกิดร่วมกับต่อมน้ำเหลืองอักเสบ เรียกว่า ไพรมารีย์ คอมเพล็กซ์ *(Primary Complex)* และเชื้อวัณโรคจากบริเวณที่อักเสบจะถูกเม็ดเลือดขาวแมโครฟาจ *(Macrophage)* นำเข้าสู่กระแสโลหิตไปยังอวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกายทำให้ พบรอยโรคได้ทุกระบบของร่างกายแต่พบที่ปอดมากที่สุด ส่วนเม็ดเลือดขาวแมโครฟาจ *(Macrophage)* เมื่ออยู่รวมกันเป็นกลุ่มจะกลายเป็นทูเบอร์เคิล *(Tubercle)* ทำให้ตรวจทางรังสีพบการอักเสบของปอดเป็นจุด ๆ ได้

ระยะฟักตัวของเชื้อวัณโรค หลังได้รับเชื้อ ประมาณ 2-8 สัปดาห์ (ประมวญ สุนากร, 2540, หน้า 14) ตรวจโดยการทดสอบทูเบอร์คุลิน (*Tuberculin test*) ซึ่งเป็นขณะที่เชื้อวัณโรคกำลังแบ่งตัว ร่างกายจึงสร้างความต้านทานขึ้นภายใน 3-10 สัปดาห์ (ประมวญ สุนากร, 2540, หน้า 6)

การเกิดวัณโรคปอดแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ วัณโรคปฐมภูมิ (Primary Tuberculosis) และ วัณโรคหลังปฐมภูมิ (Post-Primary Tuberculosis) (พิพัฒน์ ลักษมีจรัลกุล, 2543, หน้า 87)

1. วัณโรคปฐมภูมิ (Primary Tuberculosis) เกิดพร้อมกับการติดเชื้อวัณโรคครั้งแรก ส่วนใหญ่จะเป็นวัณโรคปอดปฐมภูมิ (Primary Pulmonary Tuberculosis) เพราะเชื้อเข้าทางระบบหายใจและเชื้อเจริญได้ดีที่ปอดซึ่งมีอ๊อกซิเจนสูง เมื่อตรวจความผิดปกติในปอดโดยภาพรังสีจะเห็น ไพรมารีย์ คอมเพล็กซ์ *(Primary Complex)* หรือเห็นต่อมน้ำเหลืองที่ขั้วปอดโตอย่างเดียว ในเด็กไม่ค่อยมีอาการ ยกเว้นรายที่โรคลุกลาม

2. วัณโรคหลังปฐมภูมิ (Post-Primary Tuberculosis) คือ การเป็นวัณโรคขึ้นมาใหม่หลังจากการเกิดวัณโรคปฐมภูมิ แบ่งได้ 2 แบบ คือ การเป็นวัณโรคจากรอยโรคสงบภายในร่างกายที่เชื้อวัณโรคกลับเจริญขึ้นมาใหม่ (Endogenous Reactivation) และการเป็นวัณโรคจากการติดเชื้อวัณโรคซ้ำจากภายนอก (Exogenous Superinfection) โดย Endogenous Reactivation แบ่งเป็นวัณโรคหลังปฐมภูมิระยะเริ่มแรก (Early Postprimary Tuberculosis) ที่มักจะเกิด 2-12 เดือนหลังรับเชื้อ โดยเชื้อวัณโรคแพร่ไปที่อวัยวะนอกปอดในขณะที่ยังเห็นรอยแผลในปอด และวัณโรคหลังปฐมภูมิระยะหลัง (Late Postprimary Tuberculosis) ที่พบประมาณ 1-3 ปี หลังได้รับเชื้อครั้งแรกจากการที่เชื้อเจริญขึ้นมาใหม่ (Endogenous Reactivation) ส่วนใหญ่เป็นวัณโรคปอดเรื้อรัง (Chronic

Pulmonary Tuberculosis) พบมากในเด็กอายุเกิน 10 ปี

อาการและอาการแสดง เมื่อเชื้อวัณโรคเข้าไปทำลายเนื้อปอด ผู้ป่วยจะไอเรื้อรังและอาจจะมีไข้ เกินกว่า 2 สัปดาห์ อาการร่วม ได้แก่ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย เหงื่อออกตอนกลางคืน และถ้าเนื้อปอดอักเสบมาก ผู้ป่วยจะไอมากขึ้นและมีเสมหะสีเหลือง ขาวขุ่น เขียว มีเลือดหรือหนองปน ร่วมกับอาการเจ็บกล้ามเนื้อหน้าอกจากการไอมาก ๆ และอาจมีภาวะเยื่อหุ้มปอดอักเสบร่วมด้วยทำให้เจ็บหน้าอกตื้อ ๆ มากขณะหายใจเข้า ซึ่งบ่งบอกถึงการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคทั่วปอด หรือหายใจหอบเนื่องจากเนื้อปอดที่สมบูรณ์เหลือน้อยลง อาการต่าง ๆ บ่งบอกถึงความรุนแรงของการติดเชื้อซึ่งขึ้นอยู่กับปริมาณเชื้อที่ได้รับ ระยะเวลาที่รับเชื้อเข้าสู่ร่างกาย และภาวะสุขภาพของผู้รับเชื้อ

ดังนั้น ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีอาการไอเรื้อรังและมีไข้ เกินกว่า 2 สัปดาห์ ร่วมกับอาการอื่น ๆ เช่น น้ำหนักลด เจ็บหน้าอกหรือหายใจหอบและภาพลักษณ์เปลี่ยนไป จึงแสดงถึงการลุกลามของโรคและความรุนแรงของวัณโรคที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจป่วยเป็นวัณโรคซ้ำได้อีกจากการที่เชื้อวัณโรคในรอยโรคสงบกลับเจริญขึ้นมาใหม่ หรือเป็นวัณโรคจากการติดเชื้อวัณโรคซ้ำ

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยวัณโรคปอด (สมชัย บวรกิตติ, 2530; บัญญัติ ปริชญานนท์ และคณะ, 2535, หน้า 140, 231; ประมวล สุนากร, 2540; พิพัฒน์ ลักษมีจรัลกุล, 2543, หน้า 89) มีวิธีการดังนี้

1. ซักประวัติเกี่ยวกับการสัมผัสกับวัณโรคในครอบครัว และอาการไอมีเสมหะเรื้อรังเกิน 2 สัปดาห์ มีไข้ น้ำหนักลด ซูบผอม โดยไม่ทราบสาเหตุ

2. การทดสอบทุเบอร์คุลิน ทำในผู้ป่วยที่มีอาการไม่ชัดเจนจึงจำเป็นต้องทดสอบเพื่อค้นหาว่าร่างกายเคยได้รับเชื้อวัณโรคหรือไม่ โดยฉีดน้ำยาทุเบอร์คุลินเข้าใต้ผิวหนังขนาด 0.1 ลูกบาศก์เซนติเมตร แล้วดูปฏิกิริยาของผิวหนังหลังจากฉีดยา 48-72 ชั่วโมง หากผิวหนังนูนแดงขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางตั้งแต่ 10 มิลลิเมตรขึ้นไป แสดงว่าผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อวัณโรค ผลการทดสอบมีประโยชน์ในการวินิจฉัยวัณโรคปฐมภูมิ แต่ต้องเป็นผู้ที่ไม่เคยฉีดวัคซีนบีซีจี มาก่อน ซึ่งในประเทศไทยมีความครอบคลุมในการฉีดวัคซีนบีซีจี ค่อนข้างสูง จึงยากต่อการแยกปฏิกิริยาทุเบอร์คุลินที่เกิดจากการติดเชื้อวัณโรค กับปฏิกิริยาทุเบอร์คุลินที่เกิดจากวัคซีนบีซีจี

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 ตรวจโดยการนำเสมหะมาย้อมสีทนกรด (AFB Stain) แล้วตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ ใช้เวลาในการทดสอบน้อย แต่ต้องตรวจติดต่อกัน 3 วัน เน้นการเก็บเสมหะที่ผู้ป่วยไอออก 2-3 ครั้งแรกในตอนเช้าหลังตื่นนอนใหม่ ๆ ส่งห้องปฏิบัติการใน 24 ชั่วโมงหรือถ้าเก็บไว้ในตู้เย็นต้องไม่เกิน 1 สัปดาห์ วิธีนี้ต้องทำในผู้ป่วยที่สงสัยทุกราย 2-3 ครั้ง/ คน ห่างกัน 1-2 วัน

ซึ่งถ้าพบเชื้อวัณโรคจะวินิจฉัยได้แน่นอนว่าเป็นวัณโรค เพราะจะตรวจพบได้เมื่อมีปริมาณเชื้อวัณโรคมากกว่า 10 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิลิตร

3.2 ตรวจโดยการเพาะเชื้อวัณโรคจากเสมหะ ใช้ในรายที่สงสัยเป็นวัณโรคแต่ย้อมเสมหะแล้วตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ไม่พบเชื้อ การเพาะเชื้อใช้เวลานาน 4- 8 สัปดาห์ วิธีนี้ถ้าผู้ป่วยไม่มีเสมหะอาจเพาะเชื้อจากการป้ายสารคัดหลั่งที่กล่องเสียง (Laryngeal Swabbing) หรือจากการดูดน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร (Gastric Lavage) ประมาณ 50 ลูกบาศก์เซนติเมตร ภายหลังอดอาหารแล้วอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสำหรับผู้ป่วยเด็กหรือผู้ใหญ่ที่มักจะกลืนเสมหะมากกว่าขากเสมหะออก หรือผู้ป่วยที่ไม่ไอ

4. การตรวจทางรังสีโดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก เป็นการตรวจที่มีความเฉพาะเจาะจงต่ำ เนื่องจากความผิดปกติที่เห็นอาจเกิดจากความผิดปกติอื่น ๆ ได้ เช่น เนื้องอก มะเร็ง หรือเป็นเงาเปรอะเปื้อนบนฟิล์ม โดยลักษณะผิดปกติที่ตรวจพบได้ เช่น เป็นแผลโพรง (Cavity) ลักษณะโพรงหนองในปอด หรือเงาในปอดเป็นจุดที่เกิดจากการเกาะของแคลเซียม (Infiltration) เป็นต้น

จากผลการวินิจฉัยวัณโรคปอด จะแบ่งผู้ป่วยได้เป็น 2 ประเภท (บัญญัติ ปริชญานนท์ และคณะ, 2535; กลุ่มวัณโรค สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2546 ก, หน้า 5) ได้แก่

1. ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวก หมายถึงผู้ที่มีผลการตรวจอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ มีผลตรวจเสมหะโดยวิธีย้อมสีและตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์พบเชื้อวัณโรค อย่างน้อย 2 ครั้ง หรือมีผลตรวจเสมหะโดยวิธีย้อมสีและตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์พบเชื้อ 1 ครั้ง และภาพรังสีเข้าได้กับวัณโรคปอด หรือมีผลตรวจเสมหะโดยวิธีย้อมสีและตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์พบเชื้อ 1 ครั้งและมีผลเพาะเชื้อเป็นบวก 1 ครั้ง

2. ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะลบ หมายถึงผู้ที่มีผลการตรวจอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ มีภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ตรวจเสมหะอย่างน้อย 3 ครั้งเป็นลบ ไม่ตอบสนองต่อการให้ยาปฏิชีวนะ และการตัดสินใจของแพทย์ที่ให้การรักษาแบบวัณโรค หรือมีผลตรวจเสมหะโดยวิธีย้อมสีและตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์เป็นลบ อย่างน้อย 3 ครั้ง แต่มีผลเพาะเชื้อเป็นบวก

งานวิจัยนี้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ ซึ่งวินิจฉัยโรคจากการตรวจพบเชื้อวัณโรคในเสมหะด้วยการย้อมสีทนกรด (AFB Stain) แล้วตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ อย่างน้อย 1 ครั้ง ผู้ป่วยใหม่ที่ตรวจพบเชื้อในเสมหะแสดงถึงความรุนแรงของโรค ส่วนการตรวจเสมหะเพื่อติดตามผลการรักษา ถ้าผลตรวจเสมหะเป็นลบหมายถึงการรักษาได้ผล ผลตรวจเสมหะเป็นบวกหมายถึงการรักษาไม่ได้ผล ดังนั้นการตรวจพบเชื้อวัณโรคในเสมหะของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญทั้งใน

แง่ความรุนแรงของโรคและการควบคุมโรคโดยบ่งชี้ถึงความจำเป็นในการมารับการรักษาต่อเนื่อง เนื่องจากยังเป็นผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อ

การรักษา

การรักษาวัณโรคของประเทศไทย ใช้แนวทางที่องค์การอนามัยโลกเสนอแนะมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2537 ได้แก่ ยุทธศาสตร์การรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOTS: Directly Observed Treatment, Short-Course) มีรายละเอียด ดังนี้

ยุทธศาสตร์ด็อทส์ (DOTS: Directly Observed Treatment, Short-Course)

เป็นยุทธศาสตร์ใหม่ในการควบคุมการระบาดของวัณโรคที่เสนอแนะโดยองค์การอนามัยโลก ตั้งแต่ปี 2537 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาวัณโรค โดยกำหนดเป้าหมายผลการรักษาหายขาด (Cure) ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมหะพบเชื้อ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 85 แต่ประเทศไทยได้ปรับเกณฑ์ประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมหะพบเชื้อ ตั้งแต่ปี 2546 เป็นอัตราความสำเร็จในการรักษา (Success Rate) ซึ่งเป็นผลรวมของอัตราการรักษาหายขาด (Cure Rate) กับอัตราการรักษาครบ (Complete Rate) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 85

ยุทธศาสตร์ด็อทส์ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก (กลุ่มวัณโรค สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2546 ก, หน้า 34) คือ

1. การที่ผู้บริหารมีนโยบายสนับสนุนการดำเนินงานชัดเจน
2. การค้นหารายป่วยเน้นการตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ในผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยวัณโรคที่มารับการตรวจที่สถานบริการสาธารณสุข
3. รักษาด้วยระบบยาระยะสั้นมาตรฐานและจัดหายาให้พอเพียงในการรักษา
4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรง (Directly Observed Treatment หรือ DOT) อย่างน้อยในระยะเข้มข้น 2 เดือนแรก (เพชรวรรณ พึ่งรัศมี และวีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์, 2542, หน้า 10)
5. ต้องมีระบบบันทึกข้อมูลรายงานที่ถูกต้องเพื่อติดตามประเมินผลได้

สำหรับงานวิจัยนี้มุ่งเน้นที่การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรงตามแผนการดูแลสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย กลวิธีในการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOT) ระบบยาระยะสั้น การเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยา และการป้องกันควบคุมวัณโรค

การรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรง (Directly Observed Treatment หรือ DOT) (กลุ่มวัณโรค สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2546 ก หน้า 34-37; เพชรวรรณ พึ่งรัศมี และวีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์, 2542, หน้า 14-15)

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

เป็นการจัดระบบการดูแลให้ผู้ป่วยได้กลืนรับประทานยาภายใต้การควบคุมกำกับ โดยผู้ควบคุมกำกับอาจจะเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัคร ผู้นำชุมชน หรือสมาชิกครอบครัวก็ได้ แต่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและญาติ และมีการอธิบายให้เข้าใจหลักการและวิธีปฏิบัติ ซึ่งจากรายงานการทบทวนเอกสารทางวิชาการเรื่องวัณโรค เกี่ยวกับสัดส่วนผู้ควบคุมกำกับในการให้บริการวิธีที่มีผู้ควบคุมกำกับการรับประทานยา พบว่า ผู้ควบคุมกำกับเป็นสมาชิกครอบครัวมากที่สุด ร้อยละ 87.20 เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลหรือสถานีอนามัย ร้อยละ 8.60 อาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 2.9 และอื่น ๆ ร้อยละ 1.3 (เพชรวรรณ พึ่งรัศมี และวีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์, 2542, หน้า 29) เช่นเดียวกับการศึกษาของ เพชร ไสว ลิ้มตระกูล, พนิษฐา พานิชาชีวะกุล, อัมพร เจริญชัย, ประสบสุข ศรีแสนปาง และสมพงษ์ ศรีแสนปาง (2545, หน้า 1-2) ที่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นญาติ ร้อยละ 86.20 เนื่องจากเจ้าหน้าที่ไม่สะดวกในการเป็นผู้ดูแลเพราะต้องรับผิดชอบงานหลายอย่าง โดยเพศ อายุ ศาสนา ความสัมพันธ์ของผู้ควบคุมกำกับ กับผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการควบคุมกำกับการรับประทานยา (ยุทธิชัย เกษตรเจริญ และคณะ, ม.ป.ป. อ้างถึงใน เพชรวรรณ พึ่งรัศมี และวีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์, 2542, หน้า 38) จากการศึกษาผลของการมีผู้ควบคุมกำกับการรับประทานยาวัณโรค ทำให้ผู้ป่วยร่วมมือมารับการรักษาตามนัดสูงและมีอัตราการรักษาหายขาดสูงกว่ากลุ่มที่รับประทานยาเอง (นัยนา ศิริวัฒน์, ปิยะนันท์ เอี่ยมตาล และมานพ แช่มสนิท, 2541, หน้า 552-557) แต่ สนิชา อัศวเมธาพันธ์ (2544) ซึ่งศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นตาม แนวทางการควบคุมกำกับการรับประทานยาระหว่างผู้ที่ปฏิบัติได้จริงกับผู้ที่ไม่ได้ปฏิบัติ พบว่า ผลการรักษาครบ การรักษาหายขาด และอัตราการตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคในเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษาเดือนที่ 2 ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากผู้ควบคุมกำกับ ไม่ได้ทำหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมาย

หน้าที่หลักของผู้ควบคุมกำกับ ได้แก่

1. ให้กำลังใจและกำกับดูแลให้ผู้ป่วยกลืนยาทุกขนาน ทุกมื้อ ครบถ้วน

2. ถามหรือสังเกตอาการทั่วไป และอาการแพ้ยา

3. ดูแล กระตุ้นเตือน ให้ผู้ป่วยเก็บเสมหะส่งตรวจตามกำหนดเมื่อสิ้นเดือนที่ 2, 5 และเมื่อสิ้นสุดการรักษา

4. ตรวจสอบการรับประทานยา

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของผู้ควบคุมกำกับ ได้แก่ สมาชิกครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ให้การดูแลหลัก 1 คน ต่อครัวเรือน โดยที่สมาชิกครอบครัวที่เหลือเป็นผู้ช่วยเหลือในการควบคุมกำกับ ทั้งนี้เพื่อกระตุ้นให้ผู้ควบคุมกำกับมีการทำหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ และให้การควบคุมกำกับการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ระบบยาวัณโรคระยะสั้น (สมชัย บวรกิตติ, 2530; บัญญัติ ปริชญานนท์ และคณะ, 2535; ประมวญ สุนากร, 2539)

ประกอบด้วยยาหลัก 5 ขนาน ได้แก่ ไอโสไนอาซิด (Isoniacid หรือ H) ไรแฟมปิซิน (Rifampicin หรือ R) ไพราซินาไมด์ (Pyrazinamide หรือ Z) อีแธมบิวตอล (Ethambutal หรือ E) และ สเตรปโตมัยซิน (Streptomycin หรือ S) การออกฤทธิ์ของยามีทั้งฆ่าเชื้อและยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อ เนื่องจากเชื้อวัณโรคอยู่ในร่างกายหลายตำแหน่งที่มีสภาวะแตกต่างกันและแบ่งตัวไม่พร้อมกัน คือ

1. เชื้อที่มีการเจริญเติบโตและแบ่งตัวตลอดเวลาในสภาพที่เป็นกลาง มีจำนวนมากและอยู่บริเวณรอบ ๆ โพรงแผลวัณโรค ยาที่ออกฤทธิ์ได้ดี คือ ไอโสไนอาซิด รองลงมาเป็นไรแฟมปิซินและสเตรปโตมัยซิน

2. เชื้อที่อยู่ในที่ที่มีสภาพเป็นกรด บริเวณโซลิด เคเซียส *(Solid Caseous)* มีจำนวนไม่มาก ยาที่ออกฤทธิ์ได้ดี คือ ไพราซินาไมด์และ ไรแฟมปิซิน

3. เชื้อที่อยู่ในเซลล์เม็ดเลือดขาว เป็นบริเวณที่มีสภาพเป็นกรดเช่นเดียวกัน เชื้อเติบโตช้าและมีจำนวนไม่มาก ยาที่ออกฤทธิ์ได้ดี คือ ไพราซินาไมด์และ ไรแฟมปิซิน

4. เชื้อที่ไม่มีการเจริญเติบโตเลย จึงไม่มียาชนิดใดทำลายได้

ดังนั้น การรักษาวัณโรคจึงต้องใช้ยาร่วมหลายขนานและระยะเวลาเหมาะสม การให้ยาในระยะเข้มข้นหรือ 2 เดือนแรก เป็นการให้ยาที่เน้นการฆ่าเชื้อวัณโรคเกือบทั้งหมดอย่างรวดเร็ว และอีก 4 เดือนหลังให้ยาที่มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อวัณโรคที่เหลืออยู่ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้แบ่งระบบยาวัณโรคออกเป็น 4 ระบบ ดังนี้ ระบบ 1: 2HRZE/ 4 HR ระบบ 2: 2 HRZES/ 1HRZE/ 5 HRE ระบบ 3: 2 HRZ/ 4 HR และระบบ 4: INH alone ยาในแต่ละระบบจะแบ่งเป็น 2 ระยะซึ่งผู้ป่วยต้องรับประทานทุกวัน โดยความหมายของตัวเลขนำหน้า คือ จำนวนเดือนของระยะนั้น ๆ ส่วนขนาดยาคำนวณตามน้ำหนักตัวของผู้ป่วยเมื่อเริ่มต้นการรักษา (กลุ่มวัณโรค สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2546 ก, หน้า 7-9)

ระบบที่ 1: 2HRZE/ 4 HR ใช้สำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวกและผู้ป่วยหนัก หรือวัณโรคนอกปอด โดยใน 2 เดือนแรกจะให้ยา 4 ตัว คือ H, R, Z, E ทุกวัน แล้วตรวจเสมหะเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 2 ถ้าผลตรวจเสมหะเป็นบวกให้หยุดยา 2-3 วัน เก็บเสมหะส่งเพาะเชื้อและทดสอบความไวของยา ขยายการรักษาช่วงแรกไปอีก 1 เดือน แล้วตรวจเสมหะเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 3 จากนั้นไม่ว่าผลการตรวจเสมหะจะเป็นบวกหรือลบ ให้ยาในระยะต่อเนื่อง 2 ตัว คือ H และ R อีก 4 เดือน แล้วตรวจเสมหะในเดือนที่ 5 และเมื่อครบการรักษาหากผลเสมหะครั้งใดครั้งหนึ่งเป็นบวก ถือว่าผู้ป่วยรายนี้ล้มเหลวต่อการรักษา

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ระบบที่ 2: 2 HRZES/ 1HRZE/ 5 HRE ใช้สำหรับผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยที่การรักษาล้มเหลวหรือผู้ป่วยวัณโรคที่กลับมารักษาหลังจากขาดยาอย่างน้อย 2 เดือนติดต่อกัน โดยใน 2 เดือนแรกให้ยา H, R, Z, E และ S ทุกวัน อีก 1 เดือนต่อมาให้ยา H, R, Z, E แล้วตรวจเสมหะเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 3 ถ้าผลการตรวจเป็นบวกให้หยุดยา 2-3 วัน เก็บเสมหะส่งเพาะเชื้อและทดสอบความไวของยา ขยายการรักษาช่วงแรกไปอีก 1 เดือน (2 HRZES/ 2 HRZE) ตรวจเสมหะเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 4 หากผลตรวจสมหะยังคงเป็นบวก ต้องส่งทดสอบความไวของยาแล้วให้ H, R และ E จนครบระยะต่อเนื่อง ถ้าผลตรวจเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษาเป็นลบแสดงว่าผลการรักษาหายขาด แต่ถ้าผลเสมหะเป็นบวก ถือว่าผู้ป่วยรายนี้ล้มเหลวต่อการรักษา ต้องขึ้นทะเบียนใหม่เป็นผู้ป่วยประเภทอื่น ๆ ที่ต้องรักษาด้วยยาระบบที่ 4

ระบบที่ 3: 2 HRZ/ 4 HR ใช้สำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ผลตรวจเสมหะ 3 ครั้งเป็นลบ แต่ภาพรังสีทรวงอกเข้าได้กับวัณโรค ไม่ตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะและการตัดสินใจของแพทย์ที่จะรักษาแบบวัณโรค และผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดที่ไม่รุนแรง เช่น วัณโรคต่อมน้ำเหลือง ให้ยา H, R และ Z นาน 2 เดือน แล้วตรวจเสมหะ ถ้าผลเป็นลบ ให้ยาระยะต่อเนื่องต่อไป หากผลเป็นบวก ถือว่าผู้ป่วยรายนี้ล้มเหลวต่อการรักษา ต้องขึ้นทะเบียนรักษาใหม่ด้วยยาระบบที่ 2

ระบบที่ 4: INH Alone ใช้สำหรับผู้ป่วยวัณโรคเรื้อรัง

ถ้าผู้ป่วยวัณโรคปอดรับประทานยาสูตร 2 HRZE/ 4 HR ติดต่อกันนาน 6 เดือนครบตามแผนการรักษา ผู้ป่วยจะมีโอกาสหายขาดจากวัณโรค โดยต้องรับประทานยาไอโสไนอาซิด ไรแฟมปิซิน ไพราซินาไมด์ และอีแธมบิวตอล ครบตามขนาด ติดต่อกันทุกวัน จำนวน 1 ครั้งต่อวัน ใน 2 เดือนแรก และรับประทานยาไอโสไนอาซิด และไรแฟมปิซิน จำนวน 1 ครั้งต่อวันในอีก 4 เดือนต่อมา ถ้าผู้ป่วยรับประทานยาครบถ้วนและถูกต้อง การตรวจเสมหะด้วยการย้อมสีทนกรดและตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์เมื่อสิ้นสุดการรักษาในเดือนที่ 2, 5 และเดือนที่ 6 จะไม่พบเชื้อวัณโรค

งานวิจัยนี้ ต้องการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพด้านโครงสร้าง ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ระยะเวลาในการรักษา ความยุ่งยากในการมารับการรักษา อาการข้างเคียง ความเป็นไปได้ที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษา และแบบแผนพฤติกรรมใหม่ ผู้วิจัยจึงศึกษาเฉพาะผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อวัณโรคที่ได้รับการรักษาวัณโรคด้วยสูตรยา 2 HRZE/ 4HR เท่านั้น เพื่อควบคุมชนิดยา จำนวนยา ระยะเวลาในการรักษา ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษา โอกาสเกิดอาการข้างเคียงจากยาวัณโรค ดังนั้น ผู้ป่วยจึงมีลักษณะทางโครงสร้างด้านการรักษาที่ใกล้เคียงกัน

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

การรักษาวัณโรค ของโรงพยาบาลอ่าวอุดมอำเภอศรีราชา (โรงพยาบาลอ่าวอุดมอำเภอศรีราชา, 2549)

โรงพยาบาลอ่าวอุดมอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี จัดคลินิกวัณโรค 1 วันต่อสัปดาห์ ในวันอังคาร เวลา 08.00-15.00 น. แต่ถ้าผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกในวันราชการที่นอกเหนือจากวันอังคาร ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นวัณโรค จะถูกส่งต่อเพื่อขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคและรับยาวัณโรคทันที โดยใช้ระบบยาตามที่องค์การอนามัยโลกกำหนด คือ ระบบ 1: 2HRZE/ 4 HR ระบบ 2: 2 HRZES/ 1HRZE/ 5 HRE ระบบ 3: 2 HRZ/ 4 HR และ ระบบ 4: INH Alone

ทีมงานรับผิดชอบคลินิกวัณโรค ประกอบด้วย

1. กลุ่มงานการพยาบาล รับผิดชอบ การจัดหาแฟ้มประวัติ การวัดสัญญาณชีพ การคัดกรอง และการตรวจวินิจฉัยเริ่มแรก

2. แพทย์ ตรวจวินิจฉัยและส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคไปขึ้นทะเบียนผู้ป่วยรับการรักษา

3. สำนักงานประสานเครือข่าย (CUP) ร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาล โดยรับผิดชอบการซักประวัติ ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค ประสานงานการจัดเตรียมสื่อสุขศึกษาแบบฟอร์ม ทะเบียนและระเบียนรายงาน ให้สุขศึกษา และติดตามเยี่ยมบ้านทั้งในกรณีผู้ป่วยมารับบริการปกติ และกรณีขาดการรักษา

4. ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน สนับสนุนยาวัณโรค และการประสานเกี่ยวกับปัญหาค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ

5. งานสุขศึกษา รับผิดชอบด้านการสนับสนุนสื่อสุขศึกษา

ขั้นตอนการให้บริการ

ผู้ป่วยใหม่

1. ผู้ป่วยมารับบริการตรวจโรคทั่วไปที่แผนกผู้ป่วยนอก ตรวจวัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ซักประวัติ เมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคจะถูกส่งต่อไปที่คลินิกวัณโรค

2. ซักประวัติ ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค ซักถามแผนที่บ้าน ให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค และแนวทางการปฏิบัติ นัดหมายเยี่ยมบ้านเพื่อพบและเตรียมความพร้อมสมาชิกครอบครัวที่จะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก จากนั้นนัดหมายวันรับบริการครั้งต่อไป

3. จ่ายยาวัณโรค 1 ซองต่อมื้อ จำนวน 30 ซองต่อเดือนต่อราย

4. เยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมหะพบเชื้อทุกรายภายในสัปดาห์แรก เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ควบคุมกำกับการรับประทานยา โดยให้ความรู้เรื่องวัณโรค การปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยวัณโรคปอด การให้คำแนะนำ และดูแลผู้ป่วยตามสมุดบันทึกสุขภาพสำหรับผู้ป่วยวัณโรค

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ผู้ป่วยเก่า

1. ในวันนัด เตรียมแฟ้มประวัติผู้ป่วยไว้ที่คลินิกวัณโรค ถ้าผู้ป่วยมารับบริการ ไม่ตรงวันนัด ให้ผู้ป่วยแจ้งที่ห้องบัตรแผนกผู้ป่วยนอก แล้วนำแฟ้มประวัติมาติดต่อของรับยาที่คลินิกวัณโรค

2. คลินิกวัณโรค ลงทะเบียนการมารับบริการ ตรวจวัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง ประเมินดัชนีมวลกาย

3. ซักประวัติอาการเปลี่ยนแปลง อาการข้างเคียงจากยา การรับประทานยา โดยนับซองยาที่เหลือที่ผู้ป่วยต้องนำมาด้วยทุกครั้ง ปัญหาอุปสรรคในการรักษา ให้คำแนะนำและลงบันทึกในแฟ้มประวัติผู้ป่วย

4. ผู้ป่วยรับยาวัณโรค 1 ซองต่อมื้อ จำนวน 30 ซองต่อเดือนต่อราย

5. ให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและแนวทางการปฏิบัติ นัดวันรับบริการครั้งต่อไปพร้อมทั้งให้บัตรนัด และให้ตลับเก็บเสมหะถ้าการไปตรวจตามนัดครั้งต่อไปผู้ป่วยต้องเก็บเสมหะส่งตรวจตามแผนการรักษา

6. ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มาตามนัด หรือเมื่อผลการประเมินการรับประทานยาพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการขาดยา จะส่งต่อข้อมูลให้เจ้าหน้าที่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิและร่วมกันติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคภายในสัปดาห์แรกที่พบปัญหา

7. สรุปวิเคราะห์การดำเนินงาน 1 ครั้งต่อเดือน

อาการข้างเคียงของยาและแนวทางการดูแลเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา

จากการศึกษาปัญหาบางประการของผู้ป่วยวัณโรค พบว่า ปัญหาสำคัญ ได้แก่ อาการข้างเคียงจากยา (รุ่งรัตน์ โกวรรธนะกุล, จิระพล เสียงสังข์ และมยุรี นกยูงทอง, 2544) ดังนั้น ถ้าสามารถประเมินอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้ตั้งแต่เริ่มแรก และเอาใจใส่ผู้ป่วยด้วยการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว รวมทั้งช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยการดูแลตามแนวทางการรักษาอาการข้างเคียงที่เหมาะสม ปัญหาจากอาการข้างเคียงจากยาจะทุเลา และผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวตามแผนการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น ดังเช่น การศึกษาอาการข้างเคียงจากยารักษาวัณโรคในผู้ป่วยรายใหม่ที่ใช้สูตรยาระยะสั้น ของ วิศิษฐ์ อุดมพาณิชย์ และคณะ (2546, หน้า 29-31) พบว่า เมื่อให้ยารักษาอาการข้างเคียงหรือเปลี่ยนยาที่ทำให้มีอาการข้างเคียงออก ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นและสามารถรับประทานยาวัณโรคต่อได้จนสิ้นสุดการรักษา

อาการข้างเคียงของยาวัณโรค มี 2 ประเภท (กลุ่มวัณโรค สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2546 ก, หน้า 38-40) คือ

1. อาการข้างเคียงของยาอย่างรุนแรง (Major Side Effects) ผู้ป่วยต้องหยุดยารักษาวัณโรคทันทีและส่งต่อผู้ป่วยไปพบแพทย์ ได้แก่

1.1 ตับอักเสบ ผู้ป่วยจะมีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง เบื่ออาหาร เกร็ง คลื่นไส้ พบได้จากการรับประทานยาไอโสไนอาซิด ไรแฟมปิซิน ไพราซินาไมด์

1.2 หายใจหอบ พบได้จากการรับประทานยาไรแฟมปิซิน

1.3 มีจุดเลือดออกตามผิวหนัง (Purpura) หรือ Acute Hemolytic Anemia, Shock และไตวาย พบได้จากการรับประทานยาไรแฟมปิซิน

1.4 ความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น เช่น ตาพร่ามัว มองเห็นไม่ชัดเจน ตาบอดสี พบได้จากการรับประทานยาอีแธมบิวตอล แต่พบไม่บ่อยถ้าใช้ยาไม่เกิน 25 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน อาการนี้ขึ้นอยู่กับขนาดยาที่ใช้ (Dosage Dependent) จึงควรถามผู้ป่วยที่ได้รับยาอีแธมบิวตอลทุกรายเกี่ยวกับปัญหาทางตา ภายหลังการใช้ยาถ้ามีอาการต้องหยุดยาทันที แล้วอาการจะกลับเป็นปกติภายในเวลาไม่นาน ต้องไม่ใช้ยานี้ในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 6 ปี เพราะเด็กให้ข้อมูลเกี่ยวกับการมองเห็นไม่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาผลของอีแธมบิวตอลต่อการเกิดโรคเส้นประสาทตาเสื่อม ของ วณิชา ชื่นกองแก้ว และนวลอนงค์ ธนสมบัติสกุล (2546, หน้า 625) พบว่า ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับยาขนาด 13-20 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน (เฉลี่ย 17 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน) ตั้งแต่ 1-6 เดือน (เฉลี่ย 2.9 เดือน) จะเป็นโรคเส้นประสาทตาเสื่อม และร้อยละ 54 มีระดับสายตาดีขึ้นเมื่อหยุดยา ผู้ป่วยที่ระดับสายตาไม่ดีขึ้น ส่วนหนึ่งเนื่องจากเป็นโรคเบาหวาน ต้อหิน และสูบบุหรี่

1.5 อาการประสาทหูคู่ที่ 8 ถูกทำลาย (Vesibular Damage) คือ มีเสียงดังในหู วิงเวียน เดินเซ พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่ใช้ยาสเตรปโตมัยซินขนาดสูง ดังนั้นจึงไม่ควรใช้ขนาดเกิน 0.75 กรัมต่อวันในผู้ป่วยสูงอายุ แม้น้ำหนักตัวจะมากกว่า 50 กิโลกรัม และเมื่อมีอาการให้หยุดยาหรือลดยาลงอีก 0.25 กรัมต่อวัน

2. อาการข้างเคียงของยาไม่รุนแรง (Minor Side Effects) ทำให้ร่างกายมีอาการผิดปกติบ้างไม่มาก สามารถรักษาตามอาการหรืออธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจโดยไม่จำเป็นต้องหยุดยา

2.1 ความผิดปกติของเม็ดเลือด อาการปากแห้ง ปัสสาวะคั่ง ซึ่งจะหายไปเมื่อหยุดยา พบได้จากการรับประทานยาไอโสไนอาซิด

2.2 อาการทางประสาท ปวดกล้ามเนื้อ ปวดหลัง ผื่นแดงตามผิวหนัง พบได้จากการรับประทานยาไอโสไนอาซิด

2.3 มีอาการคัน และผื่น (Cutaneous Syndrome) โดยเฉพาะที่บริเวณหน้าและหนังศีรษะ บางครั้งตาแดงและน้ำตาไหล ให้รักษาตามอาการ พบได้จากการรับประทานยา ไรแฟมปิซิน และไพราซินาไมด์

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

2.4 ไข้ สั่น ปวดเมื่อย ปวดศีรษะ และปวดกระดูก (Flu Syndrome) ให้การรักษาตามอาการ พบได้จากการรับประทานยาไรแฟมปิซิน

2.5 อาการในช่องท้อง เช่น ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน และท้องเสีย (Abdominal Syndrome) อาจต้องเปลี่ยนเวลารับประทานยา พบได้จากการรับประทานยาไรแฟมปิซิน และไพราซินาไมด์

2.6 ปัสสาวะ อุจจาระ น้ำลาย เสมหะ น้ำตา และเหงื่อมีสีออกไปทางแดงหรือส้มได้ ซึ่งต้องอธิบายผู้ป่วยว่าเป็นภาวะปกติที่พบได้จากการรับประทานยาไรแฟมปิซิน นอกจากนี้ คอนแทคเลนส์อาจติดสีได้ด้วย ผู้ป่วยจึงควรใส่คอนแทคเลนส์ชนิดอ่อนนุ่ม

2.7 ผิวไหม้ พบได้จากการรับประทานยาไรแฟมปิซินเนื่องจากยามีความไวต่อแสง ดังนั้นผู้ป่วยอาจจะป้องกันผิวโดยใช้โลชั่นทากันแดดก่อนออกแดด

2.8 ขัดขวางการออกฤทธิ์ของยาเม็ดคุมกำเนิดและยาคุมแบบฝังใต้ท้องแขน พบได้จากการรับประทานยาไรแฟมปิซิน ดังนั้น ผู้ป่วยวัณโรคจึงควรคุมกำเนิดโดยการใช้ถุงยางอนามัย

2.9 ปวดข้อเนื่องจากระดับกรดยูริคสูงขึ้น พบได้จากการรับประทานยาไพราซินาไมด์ บรรเทาได้ด้วย Aspirin

2.10 ปัสสาวะขัด พบได้จากการรับประทานยาไพราซินาไมด์

2.11 อาการปฏิกิริยาภูมิไวเกิน (Hypersensitivity Reaction) พบได้จากการฉีดยาสเตรปโตมัยซิน เช่น มีไข้ ปวดศีรษะ อาเจียน ผื่นแดง บางครั้ง อาจพบอาการชารอบริมฝีปาก (Numbness) หลังฉีดยา ถ้าผู้ป่วยกังวลมากอาจลดยาลงอีก 0.25 กรัม

ในงานวิจัยนี้ ผู้ป่วยทุกรายมีโอกาสเกิดอาการข้างเคียงจากยาได้ทั้งอาการระดับรุนแรงและไม่รุนแรง เพราะผู้ป่วยได้รับยาสูตร 2HRZE/ 4HR ซึ่งประกอบด้วยยาวัณโรคเกือบทุกขนาน ยกเว้นยาสเตรปโตมัยซิน โดยอาการข้างเคียงที่รุนแรงถือว่ามีความสำคัญต้องประเมินอย่างสม่ำเสมอระหว่างการใช้ยา ได้แก่ ตัวเหลืองตาเหลือง หายใจหอบ มีจุดเลือดออกตามผิวหนัง ตาพร่ามัว มองเห็นไม่ชัดเจนหรือตาบอดสี มีเสียงดังในหู วิงเวียน เดินเซ ดังนั้น ผู้วิจัยและสมาชิกครอบครัวจึงต้องสอบถามและสังเกตอาการข้างเคียงจากยาโดยสม่ำเสมอ ทั้งนี้เพื่อให้การดูแลรักษาตามสภาพอาการอย่างทันท่วงที ซึ่งจะช่วยลดความรุนแรงและเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถรับการรักษาต่อไปได้จนครบตามแผนการรักษา

การป้องกันและควบคุมวัณโรค (สมชัย บวรกิตติ, 2530, หน้า 12; ประมวญ สุนากร, 2540, หน้า 1-2; พิพัฒน์ ลักษมีจรัลกุล, 2543, หน้า 95-96)

มีหลัก 3 ประการ ได้แก่ การใช้ยา การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป ซึ่งได้นำไปกำหนดเป็นแผนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยวัณโรคปอด

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

1. การใช้ยา ช่วยลดอาการไอและปริมาณเสมหะ จึงลดการแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ ดังนั้น ผู้ป่วยต้องรับประทานยาวัณโรคครบทุกชนิด ขนาดยาถูกต้อง ตรงตามเวลา และไปตรวจตรงตามวันนัดหรือไม่ตรงวันนัดไม่เกิน 7 วัน จำนวน 1 ครั้งต่อเดือน

2. การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดย

2.1 ระงับการแพร่เชื้อ ด้วยการใช้ผ้าหรือกระดาษปิดปาก จมูก เมื่อไอ จาม หรือหัวเราะ บ้วนเสมหะลงในภาชนะที่มีฝาปิดขอบเรียบป้องกันเสมหะเปรอะตามเกลียวฝาขณะเท เสมหะทิ้งลงโถส้วม ราดน้ำทำความสะอาด แยกตัวจากผู้ที่มีความต้านทานต่ำ เช่น ผู้สูงอายุ เด็กเล็ก

2.2 กำจัดสิ่งปนเปื้อนเชื้อวัณโรค โดย การเปิดหน้าต่างและประตูห้องให้อากาศถ่ายเทสะดวก แสงแดดส่องถึงนาน 20-30 ชั่วโมง นำเครื่องนอนออกผึ่งแดดนานอย่างน้อย 2 ชั่วโมง ผ้าเช็ดหน้าที่ปนเปื้อนเสมหะต้องซักให้สะอาดแล้วผึ่งแดดให้แห้งนานประมาณ 2 ชั่วโมงก่อนนำมาใช้อีก เพื่อให้แสงแดดและแสงอุลตราไวโอเล็ททำลายเชื้อวัณโรคในเสมหะแห้ง ถ้าใช้วิธีต้มในน้ำเดือดใช้เวลานาน 5 นาที กระดาษชำระที่ใช้แล้วควรนำไปเผาไฟ ส่วนภาชนะที่ใส่เสมหะให้ล้างทำความสะอาดไว้ใช้อีกได้ ภาชนะทั่วไปที่ใช้แล้วต้องล้างให้สะอาด ผึ่งแดดให้แห้ง หรือต้มในน้ำเดือดนาน 15-30 นาที และแยกภาชนะเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น เช่น แก้วน้ำ จาน ช้อน และควรใช้ช้อนกลางตักอาหาร เมื่อใช้เสร็จแล้วต้องล้างและผึ่งแดดให้แห้ง

3. การดูแลสุขภาพโดยทั่วไป โดยการออกกำลังกาย เช่น การเดิน 20 - 30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบทั้ง 5 หมู่ โดยเน้นอาหารประเภทเนื้อ นม ไข่ ผักและผลไม้ ดื่มน้ำสะอาดวันละ 1500-2000 มิลลิลิตรต่อวัน หรือ 6-8 แก้วต่อวัน งดสิ่งเสพย์ติด เช่น บุหรี่ สุรา หลีกเลี่ยงควันบุหรี่และฝุ่นละออง พักผ่อน วันละไม่ต่ำกว่า 6-8 ชั่วโมง

การปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (The Health Belief Model)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่าแนวคิดที่มีผู้ยอมรับมากและใช้กันอย่างแพร่หลายในการศึกษาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ได้แก่ แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2536, หน้า 90-93) โดย ฮ็อทบอม และคณะ (Hochbaum, Kegeles, Leventhal, & Rosenstock, 1966 อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2536, หน้า 109) พัฒนามาจากทฤษฎีของนักจิตวิทยาชื่อ Kurt Lewin (1951) และริเริ่มนำมาใช้ทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคของบุคคล โดยแนวคิดนี้เชื่อว่าบุคคลจะแสวงหาและปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ เมื่อบุคคลมีความเชื่อว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อ

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

การดำรงชีวิตประจำวัน และการปฏิบัติในการหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค จะให้ผลดีในการช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือถ้าเป็นโรคแล้วสามารถลดความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นได้ และไม่ควรมีอุปสรรคต่อการปฏิบัติ เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก เป็นต้น ต่อมา เบคเกอร์ และไมแมน (Becker & Maiman, 1973) ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเพิ่มปัจจัยร่วมซึ่งเป็นปัจจัยอื่น ๆ ที่นอกเหนือ จากการรับรู้ของบุคคล ที่พบว่ามีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค และเบคเกอร์ (Becker & Maiman, 1980 อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2536, หน้า 118-119) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ อีกครั้ง เพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick Health Behavior) โดยเพิ่มแรงจูงใจด้านสุขภาพและร่วมที่เป็นปัจจัยทางสังคม เช่น สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ความต่อเนื่องของแพทย์ในการตรวจรักษา การกระตุ้นให้ปฏิบัติตนโดยเพื่อนและสมาชิกครอบครัวและปัจจัยด้านประชากร ดังภาพที่ 3

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ภาพที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย (Becker & Maiman, 1975, pp. 10-25)

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพเพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วย ประกอบด้วย ความพร้อมที่จะปฏิบัติ ปัจจัยร่วม และความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ

ความพร้อมที่จะปฏิบัติ

ได้แก่ แรงจูงใจ การรับรู้คุณค่าของการลดภาวะการเจ็บป่วย และการรับรู้โอกาสที่จะลดภาวะการเจ็บป่วยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำ มีรายละเอียด ดังนี้

1. แรงจูงใจ หมายถึง แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) เป็นความรู้สึกอารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วยที่มีผลจากสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกที่จะช่วยผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ สิ่งเร้าภายในตัวบุคคล เช่น ความสนใจต่อสุขภาพทั่วไป ความพอใจที่จะยอมรับการแนะนำ ส่วนสิ่งเร้าจากภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว วิธีการประเมินแรงจูงใจสามารถวัดจากความพอใจความต้องการความร่วมมือ และความตั้งใจของผู้ป่วยที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ประยงค์ สัจจพงษ์ (2534, หน้า 56) ซึ่งพบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค

2. คุณค่าของการลดภาวะการเจ็บป่วย หมายถึง ตัวแปรการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อโรคหรือการเป็นซ้ำ และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งมีความรู้เป็นองค์ประกอบสำคัญ (Rosenstock, 1974, pp. 328- 335 อ้างถึงใน ธารารัตน์ ดวงแข, 2541, หน้า 24) ทำให้ผู้รับบริการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงแตกต่างจากเจ้าหน้าที่

2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคหรือการเป็นซ้ำ (Perceived Susceptability) หมายถึงความเชื่อของผู้ป่วยที่มีต่อความถูกต้องในการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ และความรู้สึกว่าตนเองป่วยเป็นโรคต่าง ๆ ได้ง่าย ความเชื่อเหล่านี้มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย ดังผลการศึกษาที่ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการรับประทานยา (ภิรมย์ลักษณ์ มีสัตยานันท์, 2534; พิรพร ดวงแก้ว, 2538) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมารับยาและตรวจตามแพทย์นัด (พิรพร ดวงแก้ว, 2538) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรค (อรรำไพ วินทะไชย, 2538, หน้า 109) และ ทารา (Tara, 2003) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรง ในผู้ป่วยวัณโรคประเทศเนปาล พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคมีผลต่อความร่วมมือในการรักษาเช่นเดียวกัน

สำหรับวิธีการพัฒนาระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคหรือการเป็นซ้ำที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โรเซนสต็อค (Rosenstock, 1966 อ้างถึงใน นิคม มูลเมือง, 2541,

หน้า 62-63) ได้เสนอไว้ 2 วิธี คือ การสอน (Teaching Techniques) โดยวิธีการต่าง ๆ เช่น โสตทัศนูปกรณ์ อิทธิพลบุคคล หรืออิทธิพลกลุ่ม แบ่งออกเป็นการสอนเพื่อเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคหรือการเป็นซ้ำในระดับบุคคล ระดับกลุ่มและระดับชุมชน ถ้าเป็นระดับบุคคลเน้นการสอนรายบุคคล ระดับกลุ่มเน้นการใช้แรงผลักดันทางสังคม เช่น การอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่ม ระดับชุมชนเป็นการสอนเพื่อเปลี่ยนแปลงลักษณะความเชื่อของสังคมและสิ่งแวดล้อมและ พัฒนาระดับการรับรู้โดยการปรับพฤติกรรม (Behavior Modification Techniques) ซึ่งเป็นการที่บุคคลฝึกหัดตนเองโดยการดัดแปลงสิ่งแวดล้อมและสังคมให้เอื้ออำนวยต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพ

2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรควัณโรค (Perceived Severity) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคที่มีต่อสมรรถนะร่างกายและจิตใจ ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความลำบากและการใช้เวลาในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือกระทบต่องานครอบครัว ฐานะทางสังคม เฮย์เนส (Haynes, 1979 อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2536, หน้า 114) กล่าวว่า ความรุนแรงของโรคที่แพทย์ประมาณจากอาการแสดงของโรค ไม่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมหรือความร่วมมือในการรักษาพยาบาลของคนไข้ แต่สิ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย คือ ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค ดังผลงานวิจัยที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานยา (ภิรมย์ลักษณ์ มีสัตยานันท์, 2534; พิรพร ดวงแก้ว, 2538) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการมารับยาและการมาตรวจตามแพทย์นัด (พิรพร ดวงแก้ว, 2538) แต่ ประยงค์ สัจพงษ์ (2534) และ อรรำไพ วินทะไชย (2538, หน้า 109) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค

3. โอกาสที่จะลดภาวะการเจ็บป่วยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำ เป็นการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา (Perceived Benefit) เมื่อผู้ป่วยมีความเชื่อเกี่ยวกับความปลอดภัยของการรักษา ประสิทธิภาพของการรักษา เชื่อถือแพทย์ผู้รักษาและไว้วางใจในวิธีรักษา และเชื่อมั่นในโอกาสที่จะทุเลาหรือหายป่วย รวมทั้งเชื่อว่าการปฏิบัติตามแผนการรักษาสามารถป้องกันโอกาสที่จะป่วยซ้ำหรือป้องกันความรุนแรงจากโรค โดยงานวิจัยที่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์กับพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด (ประยงค์ สัจพงษ์, 2534) มีความสัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรค (อรรำไพ วินทะไชย, 2538, หน้า 109) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยา (ภิรมย์ลักษณ์ มีสัตยานันท์, 2534; พิรพร ดวงแก้ว, 2538) มีความสัมพันธ์กับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การมารับยาและการมาตรวจตามแพทย์นัด (พิรพร ดวงแก้ว, 2538)

และมีผลต่อความร่วมมือในการรักษา (Tara, 2003) สำหรับกรณีที่ผู้ป่วยมีอุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น ความไม่สะดวก ความอาย ผู้ป่วยจะเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมนั้น ๆ และเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย อย่างไรก็ดี พบว่าผู้ป่วยที่มีความเชื่อถึงประโยชน์ของการรักษาในระดับที่สูงจะปฏิบัติตามคำแนะนำมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีความเชื่อดังกล่าว

ปัจจัยร่วม (Modifying Factors)

เป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านโครงสร้าง ปัจจัยด้านทัศนคติ ปัจจัยด้านปฏิสัมพันธ์ และปัจจัยด้านสนับสนุน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ปัจจัยด้านประชากร เช่น เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส และอาชีพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย สอดคล้องกับแนวคิดของ เบรนนอน และฟีสต์ (Brannon & Feist, 1997 อ้างถึงใน สมัยพร อาชาล, 2543, หน้า 16) ที่กล่าวว่าปัจจัยด้านประชากร เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา ซึ่งการทบทวนวรรณกรรมพบว่า

เพศ ผลการศึกษาพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาเยียวยา (Cottingham, 1984, p. 143 อ้างถึงใน พิมพวัลย์ บุญมงคล และสุพจน์ เด่นดวง, 2537) พบว่า ผู้หญิงมีบทบาทสูงในด้านสุขภาพอนามัยของสมาชิกครอบครัว รวมทั้งการเยียวยาแก่บุคคลในครอบครัวมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับ โอเร็ม (Orem, 1985, p. 22 อ้างถึงใน หงษ์ทอง อัศวชนานนท์, 2537, หน้า 101) ที่กล่าวว่าเพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง โดย เกื้อกูล ถนอมกิจ (2543, หน้า 78) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยส่วนบุคคล กับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาวัณโรคปอด เพศหญิงมีความสม่ำเสมอในการรักษามากกว่าเพศชาย 2.44 เท่า (ชนะ นฤมาน, 2540, หน้า 44) และเพศหญิงสนองตอบต่อการติดตามมารับบริการสูงกว่าเพศชาย (สมใจ บำรุงตระกูล และคณะ, 2539, หน้า 217) แต่ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง (หงษ์ทอง อัศวชนานนท์, 2537, หน้า 101) เช่นเดียวกับผลการศึกษาความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เกิดจากการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ของ ยุวดี โชติวัฒนพงษ์ (2537, หน้า 96) ที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด

อายุ เบคเกอร์ (Becker, 1973 p. 88 อ้างถึงใน พัฒนา โพธิ์แก้ว, 2537, หน้า 35) กล่าวว่าผู้ป่วยอายุมาก ๆ หรือน้อย ๆ จะไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการรักษาและการรับประทานยาตามแผนการรักษา สอดคล้องกับแนวคิดของ โอเร็ม (Orem, 1987, p. 35 อ้างถึงใน หงษ์ทอง อัศวชนานนท์,

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

2537, หน้า 101) คือ อายุเป็นตัวบ่งบอกถึงวุฒิภาวะและประสบการณ์ทำให้บุคคลมีการตอบสนองต่อสถานการณ์แตกต่างกัน ดังเช่น ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ของ จารุวรรณ มานะสุรการ (2530) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา แต่การศึกษาความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เกิดจากการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว (ยุวดี โชติวัฒนพงษ์, 2537, หน้า 96) พบว่า อายุไม่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด (หงษ์ทอง อัศวชนานนท์, 2537, หน้า 57) และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยส่วนบุคคลกับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด (เกื้อกูล ถนอมกิจ, 2543, หน้า 79) พบว่า ได้ผลตรงกันข้าม

การศึกษา ประยงค์ สัจจพงษ์ (2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะประชากร กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดในเขตอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค สอดคล้องกับ ปริวรรธน์ แสงพิทักษ์ (2541, หน้า 8) ที่พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดเช่นเดียวกัน โดยปริวรรธได้แบ่งระดับการศึกษาเป็น 3 ระดับ คือ ไม่ได้เรียนหนังสือ ป.1-ป.4 และสูงกว่า ป.4 ขึ้นไป และทารา (Tara, 2003) พบว่า ระดับการศึกษา มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วย แต่ ยุวดี โชติวัฒนพงษ์ (2537, หน้า 99) พบว่า การศึกษาไม่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด เช่นเดียวกับ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด (หงษ์ทอง อัศวชนานนท์, 2537, หน้า 57) พบว่า การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ส่วน ชนะ นฤมาน (2540, หน้า 57) และ เกื้อกูล ถนอมกิจ (2543, หน้า 80) พบว่า การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาวัณโรคปอด

สถานภาพสมรส เกื้อกูล ถนอมกิจ (2543, หน้า 80) พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาวัณโรคปอด เช่นเดียวกับ ประสบสุข อินทรักษา (2534, หน้า ก) พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สอดคล้องกับแนวคิดของ สมจิต หนุเจริญกุล และประคอง อินทรสมบัติ (2531, หน้า 135) ที่กล่าวว่า ผู้ที่มีสถานภาพคู่ จะรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า และแยก แต่ผลการศึกษาความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดจากการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ของ ยุวดี โชติวัฒนพงษ์ (2537, หน้า 96) พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาวัณโรค แม้ว่ากลุ่มที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีคะแนนความร่วมมือในการ

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

รักษาดีกว่ากลุ่มที่เป็นโสด หม้าย หย่า และแยก เช่นเดียวกับ สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2535, หน้า 46) ที่พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

อาชีพ การศึกษาความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เกิดจากการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว (ยุวดี โชติวัฒนพงษ์, 2537, หน้า 99) และการศึกษาความ สัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยส่วนบุคคล กับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาวัณโรคปอด (เกื้อกูล ถนอมกิจ, 2543, หน้า 80) ในขณะที่ ปริวรรธน์ แสงพิทักษ์ (2541, หน้า 8) พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด สอดคล้องกับ ชนะ นฤมาน (2540, หน้า 58) พบว่า อาชีพที่มีสถานที่ทำงานแน่นอน ลักษณะงานอยู่กับที่ไม่ต้องไปทำงานต่างจังหวัด และสามารถลางานเมื่อต้องมารับยาหรือมาตรวจตามนัด เป็นลักษณะอาชีพที่เอื้ออำนวยต่อการรักษา ผู้ที่มีลักษณะอาชีพไม่เป็นไปตามลักษณะทั้งสามประการนั้นหมายความว่าเป็นอาชีพที่มีลักษณะไม่เอื้ออำนวยต่อการรักษา ผู้ที่มีอาชีพที่ทำประจำอยู่กับที่และการหยุดงานไม่เป็นอุปสรรคต่อการไปรับการรักษา ผู้ป่วยจะมีความสม่ำเสมอในการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่ต้องย้ายที่ทำงานบ่อย ๆ หรือหยุดงานไม่ได้

ปัจจัยด้านประชากรที่ไม่พบความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ ที่อยู่ปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน การอยู่ร่วมกันของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะครอบครัว ฐานะการเงินของครอบครัว และการได้รับการช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลจากสถานบริการ (ยุวดี โชติวัฒนพงษ์, 2537) กล่าวโดยสรุป ผลการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรสและอาชีพ มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา ผู้วิจัยจึงนำมากำหนดเป็นตัวแปรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยควบคุมตัวแปรเพศ และอายุด้วยการจับคู่ (Matching) สำหรับตัวแปรการศึกษา สถานภาพสมรส และอาชีพ ผู้วิจัยควบคุมโดยใช้วิธีทางสถิติ

2. ปัจจัยด้านโครงสร้าง ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ระยะเวลาในการรักษา ความยุ่งยากในการมารับการรักษา อาการข้างเคียงจากยา ความเป็นไปได้ที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาและแบบแผนพฤติกรรมใหม่ วิลาวรรณ สมทรง (2545, หน้า 58) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาวัณโรคระยะเข้มข้น ได้แก่ จำนวนของเม็ดยา และขนาดของเม็ดยาที่ใช้รักษา สำหรับงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมหะพบเชื้อวัณโรคที่ได้รับการรักษาวัณโรคด้วยสูตรยา CAT 1 หรือ 2 HRZE/ 4HR เท่านั้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีแผนการรักษาเหมือนกัน ป้องกันความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับปัจจัยด้านโครงสร้าง

3. ปัจจัยด้านทัศนคติ ได้แก่ ความพึงพอใจต่อการมาโรงพยาบาล แพทย์ผู้รักษา เจ้าหน้าที่อื่น ๆ ขั้นตอนของคลินิกและความสะดวก ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยเป็นผู้ป่วยที่อยู่ใน

พื้นที่รับผิดชอบของเครือข่ายหน่วยบริการระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลอ่าวอุดมอำเภอศรีราชา ซึ่งมีลักษณะพื้นที่และระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้เคียงกัน และผู้วิจัยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างมารับบริการจากทีมสุขภาพเดียวกัน คือที่โรงพยาบาลอ่าวอุดม อำเภอศรีราชาเท่านั้น โอกาสที่จะได้รับความพึงพอใจจากระบบบริการจึงไม่แตกต่างกัน

4. ปัจจัยด้านปฏิสัมพันธ์ หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ ซึ่ง เบคเกอร์ และคณะ (Becker et al., 1974 อ้างถึงใน ปรีดา ปุ่นพันธ์ฉาย, 2540, หน้า 27) พบว่า สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพมีผลต่อแรงจูงใจและความไว้วางใจ โดยผู้ป่วยที่พอใจแพทย์ผู้รักษามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ในขณะเดียวกันแพทย์และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องก็มีบทบาทสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อของผู้ป่วย เพราะเป็นผู้ให้ข้อมูลเพื่อการรับรู้ที่ถูกต้อง ความสัมพันธ์ระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วยประเมินได้จากความพึงพอใจ อย่างไรก็ดี กลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับบริการจากทีมสุขภาพเดียวกัน ดังนั้นปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจึงเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับเจ้าหน้าที่กลุ่มเดียวกัน

5. ปัจจัยด้านสนับสนุน ได้แก่ ประสบการณ์ต่อการปฏิบัติ ความเจ็บปวดหรือการรักษา แหล่งของคำแนะนำ ข่าวสาร และการส่งต่อเพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง แต่กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับวัณโรค และเป็นผู้ป่วยที่รับบริการที่คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลอ่าวอุดมอำเภอศรีราชา จึงมีโอกาสได้รับปัจจัยด้านสนับสนุนในลักษณะเดียวกัน

ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ (Patient Compliance)

ความร่วมมือ (Compliance) ตามความหมายใน เวบสเตอร์ (Webster, 1970, p. 170) หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำซึ่งกระทำตามความปรารถนา คำขอร้อง หรือการกำหนดของผู้อื่น และมีความหมายตรงกับคำว่า แอ็ดเฮียแรนซ์ (Adherence) ที่นิยมใช้ในปัจจุบัน ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด จึงเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมสุขภาพที่บุคคลจะแสดงออกเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้น (Sick Role Behavior) ในทางกลับกัน ถ้าผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา จึงหมายถึงพฤติกรรมที่ผู้ป่วยกระทำไปโดยขัดแย้งหรือนอกเหนือจากคำแนะนำและแผนการรักษาพยาบาล แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ ไม่ปฏิบัติตาม (Omission) และปฏิบัตินอกเหนือแผนการรักษาพยาบาล (Commission)

สำหรับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำของผู้ป่วยวัณโรคปอดตามแผนการรักษาของแพทย์ และคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล และสมาชิกครอบครัว เพื่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ ประกอบด้วย พฤติกรรมด้านการรับประทานยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การมาตรวจตามนัด การปรับปรุงนิสัยบางอย่างเพื่อการมี

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

สุขภาพดี ซึ่งพฤติกรรมตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ชนิด (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2536) ได้แก่

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) หมายถึง การปฏิบัติตัวของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ การใส่หมวกนิรภัย เป็นต้น

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง การปฏิบัติเมื่อบุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น การเพิกเฉย การถามเพื่อนฝูงเกี่ยวกับอาการของตน การแสวงหาการรักษาพยาบาล การหลบหนีจากสังคม เป็นต้น

3. พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเป็นโรค (Sick Role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่จะทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น การปฏิบัติของผู้ป่วยแบ่งออกเป็น ให้ความร่วมมือ (Compliance) ไม่ปฏิบัติตาม (Omission) และปฏิบัตินอกเหนือแผนการรักษาพยาบาล (Commission)

สำหรับการปฏิบัติของผู้ป่วยวัณโรคปอดตามแผนการดูแลสุขภาพ จึงเป็นพฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเป็นโรค (Sick Role Behavior) ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดให้เป็นตัวแปรตามและประเมินโดยการสัมภาษณ์เมื่อสิ้นสุดการทดลอง

จากการศึกษาแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ผู้วิจัยจึงสร้างความพร้อมให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ โดยสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและวัณโรคกลับซ้ำ สร้างการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ โดยบูรณาการในโปรแกรมการเยี่ยมบ้านและควบคุมปัจจัยร่วมด้านประชากร โดยการจับคู่เพศและกลุ่มอายุ สำหรับตัวแปรการศึกษา สถานภาพสมรส และลักษณะอาชีพซึ่งมีผลต่อความร่วมมือในการรักษา ได้ควบคุมโดยใช้สถิติ ส่วนปัจจัยร่วมด้านโครงสร้าง ทัศนคติ ปฏิสัมพันธ์ และปัจจัยด้านสนับสนุน ควบคุมให้มีลักษณะใกล้เคียงกันโดยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ เพื่อเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของผู้ป่วยให้ถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพตามมา

การประเมินความร่วมมือ

การประเมินความร่วมมือในการปฏิบัติของผู้ป่วยวัณโรคปอดในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาที่ใช้กับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่ติดเชื้อเอดส์ อายุ 15 ปีขึ้นไปและรับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นมากกว่า 1 เดือน ในคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลพะเยา ของ สมัยพร อาชาล (2543, หน้า 31-33) ซึ่งสร้างแบบสอบถามโดยประยุกต์จาก

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การประเมินความร่วมมือในการปฏิบัติ 7 ด้าน ได้แก่ การรับประทานยา การมารับยาและการมาตรวจตามนัด การปฏิบัติตัวในด้านการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การงดดื่มสุราและงดสูบบุหรี่ จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติสม่ำเสมอ ปฏิบัติเป็นบางครั้งและไม่ปฏิบัติ และจัดระดับความร่วมมือในการรักษาเป็นสูง ปานกลาง และต่ำ โดยใช้เกณฑ์คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดและหารเฉลี่ยด้วยจำนวนระดับที่ต้องการ ผลการตรวจคุณภาพเครื่องมือของสมัยพร อาชาล พบว่า มีค่าความตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิและดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากันคือ .96 และวัดค่าความคงที่ของการวัดโดยการถามซ้ำกับผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 10 ราย ในเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ (Test-Retest Method) จากนั้นหาค่าความคงที่จากความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความร่วมมือครั้งแรกและครั้งที่สอง ได้ค่าความคงที่เท่ากับ .81

แรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมนุษย์ หมายถึง ความช่วยเหลือที่สม่ำเสมอในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งที่บุคคลได้รับจากบุคคลอื่น และความช่วยเหลือนั้นได้ตอบสนองความต้องการของบุคคลให้ไปถึงซึ่งเป้าหมายเฉพาะ หรือสามารถแก้ปัญหา หรือสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ในขณะนั้น (Caplan, 1976 อ้างถึงใน สุภาภรณ์ วัฒนาธร, 2543, หน้า 26; เกื้อกูล ถนอมกิจ, 2543, หน้า 34) จึงพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา (สุมาลี อมรินทร์แสงเพ็ญ, 2540, หน้า 67; ปริวรรธน์ แสงพิทักษ์, 2541, หน้า 8) และมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาวัณโรคปอด (เกื้อกูล ถนอมกิจ, 2543, หน้า 89) อีกทั้งการศึกษาของ พัฒนา โพธิ์แก้ว (2537, หน้า 95) พบว่า การได้รับการดูแลจากครอบครัวมาส่งรับการรักษาประจำ มีความสัมพันธ์กับ ความร่วมมือในการรักษาวัณโรค โดยกลุ่มที่มีคนมาส่งรับการรักษาประจำ ให้ความร่วมมือดี ร้อยละ 67.6 ส่วน กลุ่มที่ไม่มีคนมาส่งรับการรักษาประจำ ให้ความร่วมมือดีเพียงร้อยละ 30 หงษ์ทอง อัศวชนานนท์ (2537, หน้า 84) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ยังสามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 29.90 ส่วน ยุทธิชัย เกษตรเจริญ, เพชรวรรณ พึ่งรัศมี, ไพฑูรย์ มณีแสง, พรรณี หัสภาค, วีณา ตันไสว และแดง ทองเหม (2538, หน้า 247) พบว่า การควบคุมกำกับ การรับประทานยาวัณโรคโดยสมาชิกครอบครัว ทำให้อัตราการขาดการรักษาน้อยลงอย่างชัดเจน กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีสมาชิกครอบครัวกำกับดูแลการรับประทานยามีอัตราการขาดการรักษาเพียงร้อยละ 7.50 ขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่มีสมาชิกครอบครัวกำกับดูแลการรับประทานยามีอัตราการขาดการรักษาร้อยละ 15.20 แต่มีงานวิจัยของ ยุวดี โชติวัฒนพงษ์ (2537, หน้า 96) พบว่า

การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ไม่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด

จากผลของการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวมีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ดังนั้น ผู้วิจัยจึงประยุกต์แรงสนับสนุนทางสังคมในงานวิจัยนี้ด้วย เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น

แหล่งสนับสนุนทางสังคม มี 2 ประเภท (เกื้อกูล ถนอมกิจ, 2543, หน้า 37) ได้แก่

1. แหล่งปฐมภูมิ เป็นกลุ่มทางสังคมที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวระดับสูง ได้แก่ พ่อแม่ สามี ภรรยา ญาติ พี่น้องและเพื่อนบ้าน

2. แหล่งทุติยภูมิ เป็นกลุ่มทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กันตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคม ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่น ๆ

ลักษณะแรงสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็น 4 แบบ (House, 1981 อ้างถึงใน นิธิวดี วัฒนะภราดา, 2543, หน้า 31) ได้แก่

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotion Support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ ความห่วงใย การกระตุ้นเตือน การเอาใจใส่ ความรักความผูกพัน ความรู้สึกเห็นใจ

2. การให้การสนับสนุนโดยการให้การประเมิน (Appraisal Support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feed Back) การเห็นพ้อง การให้การรับรอง หรือการยอมรับในสิ่งที่คนอื่นได้แสดงออกมา (Affirmation) รวมถึงการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอาจเป็นการช่วยเหลือทางตรงหรือทางอ้อมก็ได้

3. การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสาร (Information)

4. การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) เช่น เงิน แรงงาน เวลา อุปกรณ์ เครื่องมือ เป็นต้น

ลักษณะของแรงสนับสนุนทางสังคมที่นำมาใช้ในงานวิจัย

มีการให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยทั้งทางด้านอารมณ์ การให้การประเมินด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ แก่ผู้ป่วย โดยแหล่งสนับสนุนทางสังคมระดับปฐมภูมิได้แก่ สมาชิกครอบครัว และแหล่งสนับสนุนทางสังคมระดับทุติยภูมิ ได้แก่ ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลชุมชน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. แรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกครอบครัว หมายถึง การที่สมาชิกครอบครัวให้แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ การให้การประเมิน ข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนด้านเครื่องมือ ได้แก่

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

1.1 ให้แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ โดยกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจผู้ป่วยในการรับประทานยา แสดงความเห็นใจเมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากยา เอาใจใส่การประกอบกิจวัตรประจำวัน

1.2 ให้แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการให้การประเมิน โดยสังเกตและสอบถามอาการข้างเคียงจากยา อาการเปลี่ยนแปลงทั่วไป และปัญหาอุปสรรคอื่น ๆ

1.3 ให้แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น ให้คำแนะนำการรับประทานยา การไปตรวจและรับยาตามนัด การเก็บเสมหะส่งตรวจตามกำหนด การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค การออกกำลังกายเป็นประจำ การรับประทานอาหารถูกต้อง การงดสิ่งเสพติดและการพักผ่อนให้เพียงพอ

1.4 ให้แรงสนับสนุนทางสังคมด้านเครื่องมือ โดยการจัดยาต่อมื้อ ลงบันทึกในแบบบันทึกเมื่อผู้ป่วยรับประทานยาแล้ว ติดตามจำนวนยาที่ใช้ไปและยาที่เหลือ จัดเตรียมอาหาร พาผู้ป่วยไปออกกำลังกาย ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนเพียงพอ และพาผู้ป่วยไปตรวจตามที่แพทย์นัด

2. แรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้วิจัย หมายถึง การที่ผู้วิจัยให้แรงสนับสนุนทางสังคมทางด้านอารมณ์ การให้การประเมิน ข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนด้านเครื่องมือ ได้แก่

2.1 ให้แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ โดยกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจผู้ป่วยในการรับประทานยา เอาใจใส่ให้การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากยา กระตุ้นเตือนสมาชิกครอบครัวในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมและควบคุมกำกับการปฏิบัติตัวตามแผนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยวัณโรค

2.2 ให้แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการให้การประเมิน โดยประเมินผลการรักษา สังเกตและสอบถามอาการข้างเคียงจากยา อาการเปลี่ยนแปลงทั่วไปและปัญหาอุปสรรคอื่น ๆ

2.3 ให้แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร โดยการให้คำแนะนำเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ และสนับสนุนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัณโรค

2.4 ให้แรงสนับสนุนทางสังคมด้านเครื่องมือ โดยสนับสนุนผ้าเช็ดหน้า จำนวน 2 ผืนต่อผู้ป่วย 1 ราย

กระบวนการส่งเสริมการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยวัณโรคปอด

การเยี่ยมบ้าน (Home Visit) (สุภาณี อ่อนวิจิตร และฤทัยพร ตรีตรง, 2544, หน้า 66-75; ยุวดี ลีลัคนาวีระ, 2545)

การเยี่ยมบ้าน เป็นวิธีการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชนโดยเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวในบ้านหรือที่พักอาศัย เพื่อมุ่งส่งเสริมและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีของสมาชิกและครอบครัวโดยรวม สอดคล้องกับแนวคิดของ วิลสัน (Winson, 1989, p. 45) ที่กล่าวว่า สัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้กระบวนการดูแลประสบผลสำเร็จ โดยการเยี่ยมบ้านทำให้พยาบาลเข้าใจ รับรู้ปัญหาความต้องการของบุคคลเป้าหมายและสมาชิกครอบครัวได้เป็นอย่างดี รวมทั้งได้ศึกษาสภาพแวดล้อม สัมพันธภาพระหว่างครอบครัวและความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวกับชุมชน แต่ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และประนอม หลิมสมบูรณ์ (2536, หน้า 22-34) พบว่า การเยี่ยมบ้านได้ผลดีเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ โดยทำการศึกษาย้อนหลังเชิงวิเคราะห์ผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการเยี่ยมบ้านทั้งกลุ่มผู้ป่วยรายใหม่ ผู้ป่วยรายเก่าที่ขาดยา และผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการเยี่ยมบ้าน พบว่า ผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการเยี่ยมบ้านมีอัตราการมารับการรักษาสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการเยี่ยมบ้านถึงร้อยละ 75.00 ขณะที่ผู้ป่วยรายเก่าที่ขาดการรักษาไม่มีผลแตกต่างระหว่างการเยี่ยมกับการไม่เยี่ยมบ้าน ทั้งนี้ อาจเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีปัญหาอยู่แล้ว ถึงจะไม่ได้รับการเยี่ยม ผู้ป่วยก็อาจกลับมาในระบบอีกเนื่องจากอาการหรือภาวะแทรกซ้อนของโรค พูนศรี นิธากรณ์ (2542) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการรักษาถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เช่นเดียวกับการศึกษาของ สมศรี ธรรมโม (2544, หน้า52) ที่ไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคเพื่อให้การพยาบาลตามแผนการทดลอง พบว่า คะแนนความร่วมมือในแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอดหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จึงสรุปได้ว่า ผลของการเยี่ยมบ้านทำให้มีการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติในการรักษาดีขึ้น การเยี่ยมบ้านจึงเป็นกลวิธีที่เหมาะสมวิธีหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด และผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์เป็นสิ่งทดลองในงานวิจัยเรื่องนี้

การเยี่ยมบ้าน แบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. การให้บริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย เป็นการเยี่ยมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้คำแนะนำการดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีตามลักษณะ และความจำเป็นของกลุ่มเป้าหมาย อาทิเช่น กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีสุขภาพอนามัยดี กลุ่มมารดาและทารกทั้งระยะก่อนสมรส ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด ทารกแรกเกิดถึง 6 สัปดาห์ ทารก 6 สัปดาห์ ถึง 1 ปี กลุ่มเด็กวัยก่อนเรียน วัยเรียน และกลุ่มผู้สูงอายุ

2. การเยี่ยมเพื่อให้การรักษาพยาบาล เป็นการเยี่ยมเพื่อให้การช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วย หรือผู้ที่อยู่ในสภาวะของการเกิดโรค การให้คำแนะนำที่ให้เป็นคำแนะนำเฉพาะโรคที่

ควรครอบคลุมเรื่องการปฏิบัติตัวให้ถูกต้องตามแผนการรักษาพยาบาล การสังเกตอาการผิดปกติ การเปลี่ยนแปลงและการช่วยเหลือเบื้องต้น สาธิตการพยาบาลให้ผู้ป่วยและญาติได้ปฏิบัติอย่างถูกต้อง การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค กรณีที่ป่วยด้วยโรคติดต่อ การรักษาความสะอาด การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อม การไปตามนัด และการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

3. การเยี่ยมเพื่อฟื้นฟูสภาพ เป็นการเยี่ยมเพื่อให้บุคคลเป้าหมายกลับสู่สภาพเดิมโดยเร็วที่สุด หรือให้มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ โดยคำแนะนำครอบคลุมเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดทั่วไป การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การขับถ่าย การทำกายภาพบำบัด การฝึกหัดการช่วยเหลือตนเอง และการช่วยเหลือส่งต่อ ยังสถานบริการที่เหมาะสม

ขั้นตอนการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด

เป็นการดำเนินการโดยยึดขั้นตอนกระบวนการพยาบาลเป็นหลัก ควรใช้เวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมงต่อครั้ง และเป้าหมายการเยี่ยมบ้านควรเยี่ยมทั้งผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว เพื่อให้สมาชิกครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วม และแสดงบทบาทครอบครัวในการตัดสินใจดูแลสุขภาพผู้ป่วย โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว เริ่มจากการแนะนำตัวและจุดประสงค์ในการเยี่ยม ขออนุญาตในการเยี่ยมและการเข้าบ้านผู้ป่วย

2. ประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยและสภาพครอบครัว เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยตามปัญหาที่พบ และประเมินผลกิจกรรมในด้านสุขภาพร่างกายผู้ป่วย พฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการดูแลวัณโรค สภาพแวดล้อม ความถูกต้องในการใช้ยาวัณโรคเกี่ยวกับการรับประทานยา ขนาดยา จำนวนยาคงเหลือ อาการข้างเคียงจากยา รวมทั้งการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา ประเมินด้านโภชนาการเกี่ยวกับสุขนิสัยในการรับประทานอาหาร ความรู้ ความเชื่อเรื่องอาหาร อิทธิพลของวัฒนธรรมประเพณีและความเชื่อต่อการเลือกรับประทานอาหารของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว เศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วย

3. การวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยการสรุปข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมผู้ป่วยครั้งแรก ระบุปัญหาสุขภาพ วิเคราะห์สาเหตุ จัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่ต้องเยี่ยมโดยคำนึงถึงสภาพครอบครัวเป็นสำคัญ

4. การวางแผนทางการพยาบาล โดยพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการวางแผนการดูแลรักษา โดยการให้ข้อมูลที่สรุปจากการประเมินการวินิจฉัยทางการพยาบาล และควรสอบถามเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

เนื่องจากเป้าหมายในการดูแลสุขภาพที่ชัดเจนจะเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมเต็มที่ในการร่วมวางแผนและร่วมในการปฏิบัติ

5. การปฏิบัติ เป็นการดำเนินกิจกรรมตามแผนการดูแลรักษา ซึ่งพยาบาลต้องปฏิบัติด้านจิตวิทยาสังคมโดยการกระตุ้นให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประเมินระบบการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งบทบาทหลักที่พยาบาลต้องปฏิบัติเมื่อออกเยี่ยมบ้าน ได้แก่

5.1 การปฏิบัติด้านความรู้ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยที่บ้านต้องให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลด้านต่าง ๆ ดังนั้นผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้าใจกระบวนการของโรค อาการ วิธีการป้องกันและควบคุมโรค การใช้ยาอย่างถูกต้อง รู้วิธีการดูแลสุขภาพทั่วไป ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การงดสิ่งเสพติดและการพักผ่อน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยทุเลาหรือหายเร็วที่สุด และไม่แพร่กระจายเชื้อไปสู่สมาชิกครอบครัวและผู้อื่น ซึ่งผู้วิจัยใช้เทคนิคการอภิปรายกลุ่มเป็นหลัก

5.2 การปฏิบัติด้านปฏิสัมพันธ์ โดยการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ความเชื่อถือ ซึ่งจะนำไปสู่การนำความรู้ คำชี้แนะและคำปรึกษาที่ได้รับไปปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เป็นไปตามแผนการดูแลสุขภาพ

5.3 การปฏิบัติด้านทักษะการพยาบาล ซึ่งบางครั้งอาจเกิดสถานการณ์ที่ไม่ได้วางแผนมาก่อน ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความพร้อมทั้งในด้านความรู้ และทักษะการพยาบาลเพื่อให้พร้อมที่จะให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม

6. การประเมินผล ขึ้นอยู่กับจุดมุ่งหมายของการเยี่ยมบ้านร่วมกับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว โดยควรประเมินการเยี่ยมทุกครั้ง เพื่อปรับแผนร่วมกัน หรือกระตุ้นให้ดำเนินการตามแผนให้สำเร็จ

ผู้ป่วยวัณโรคเป็นโรคติดเชื้อที่มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อไปยังผู้ใกล้ชิดได้ง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกครอบครัว ผู้วิจัยจึงใช้กระบวนการเยี่ยมบ้านเป็นเครื่องมือในการศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว รวมทั้งได้ศึกษาสภาพแวดล้อม สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว เพื่อสร้างการรับรู้ที่ถูกต้องร่วมกัน

การอภิปรายกลุ่ม (Group Discussion)

หมายถึง วิธีการที่ช่วยสะท้อนความคิดของสมาชิกกลุ่มที่มีความสนใจหรือมีปัญหาสุขภาพคล้ายคลึงกันเพื่อแก้ปัญหาร่วมกัน โดยการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ ได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับเรื่องที่อภิปรายทั้งสิ่งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในการแสวงหาข้อเท็จจริง แยกแยะความเข้าใจของตนเอง ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น และการตัดสินใจของกลุ่มไม่ใช้เสียงข้างมาก แต่ตัดสินใจโดยการพิจารณา

เหตุผล ความถูกต้อง เหมาะสม (สมจิต หนูเจริญกุล, วัลลา ตันตโยทัย และรวมพร คงกำเนิด, 2543, หน้า 91; สุรีย์ จันทรโมลี, 2543, หน้า 78-88) การอภิปรายกลุ่มหรือการประชุมกลุ่ม จึงเป็นอีกแนวทางในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วย ดังเช่นการศึกษาของ สุปรียา ตันสกุล, พิพัฒน์ ลักษมีจรัลกุล, พัชราพร เกิดมงคล และดวงกมล สุขวงศ์ตานนท์ (2546, หน้า135-143) เกี่ยวกับประสิทธิผลของการกำกับตนเองในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ โดยการอภิปรายกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาวัณโรคปอดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และประภา ลิ้มประสูติ (2532 อ้างถึงใน สมศรี ธรรมโม, 2544, หน้า 25) ศึกษาผลของการใช้วิธีทางการพยาบาลสาธารณสุขต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 241 ราย แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ได้รับวิธีการพยาบาลสาธารณสุขวิธีที่ 1 คือ สนทนา ซักถาม ให้คำแนะนำ และร่วมกันแก้ไขปัญหาระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล กลุ่มที่ 2 ได้รับการพยาบาลสาธารณสุขวิธีที่ 2 คือ สนทนา ซักถาม ให้คำแนะนำ ร่วมกันแก้ไขปัญหาระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่ผู้ป่วยระบุว่าเป็นผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคม ร่วมกับผู้วิจัยที่บ้านผู้ป่วย และกลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มควบคุม ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลสาธารณสุขทั้งวิธีที่ 1 และ 2 มีคะแนนความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้นในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 (1 เดือน และ 3 เดือน หลังการทดลอง) โดยพบว่าความร่วมมือในการรักษาระยะที่ 2 เพิ่มขึ้นจากระยะที่ 1 ด้วย จากผลการศึกษา สรุปได้ว่า วิธีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่ดีควรมีลักษณะเป็นการให้คำปรึกษา หรือคำแนะนำ และมีการแก้ไขปัญหาร่วมกันตามปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยมากกว่าเป็นการสอนตามงานปกติ

ลักษณะการอภิปรายกลุ่มที่ดี

การอภิปรายกลุ่ม ควรมีจำนวนสมาชิกประมาณ 5 -12 คน และสามารถนำไปใช้ได้กับกลุ่มเป้าหมายทุกระดับการศึกษา ทุกระดับอายุ ทุกอาชีพ เพราะเป็นการอภิปรายที่ไม่ได้นำไปสู่การหาคำตอบที่ตายตัว แต่ผลจากการอภิปรายกลุ่มเพื่อให้สมาชิกนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิต ประจำวันของตนเอง และครอบครัวได้ตามความเหมาะสม และอิทธิพลของกลุ่มยังมีส่วนช่วยให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เกิดการตัดสินใจ การยอมรับ และความสมัครใจ ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ถาวรได้ การอภิปรายกลุ่มควรประกอบด้วย

1. สมาชิกเข้าใจจุดมุ่งหมาย ขอบเขตของปัญหา คุ้นเคยหรือเข้าใจสภาพปัญหาในการอภิปราย และสมัครใจเข้าร่วมกลุ่ม
2. มีการเตรียมวางแผนการอภิปราย เช่น หัวข้อปัญหาและแนวทางการอภิปราย
3. อุปกรณ์ที่จะใช้โดยแผนต่าง ๆ ต้องมีความยืดหยุ่น

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

4. สมาชิกกลุ่มควรมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

5. การพิจารณาตัดสินปัญหา ต้องแยกแยะข้อเท็จจริงและความคิดเห็นให้ได้ ดังนั้น จึงต้องยึดเหตุผลเป็นหลัก

6. ควรมีการติดต่อแบบสองทาง หลีกเลี่ยงการผูกขาดการพูด

7. กำหนดเวลาในการอภิปรายกลุ่ม

8. ผู้ดำเนินการประชุม ต้องสรุปประเด็นของการประชุมให้สมาชิกได้ทราบก่อนจบการประชุม

9. ควรมีการประเมินผลโดยสมาชิกกลุ่ม เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพในครั้งต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการอภิปรายกลุ่ม พบว่า การอภิปรายกลุ่มเป็นการเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวในแผนการรักษาวัณโรค เนื่องจากเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมอภิปรายได้มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ ได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับเรื่องที่อภิปรายและแสวงหาข้อเท็จจริงร่วมกัน ส่งผลให้ความร่วมมือในการรักษาวัณโรคปอดดีขึ้น งานวิจัยนี้จึงเลือกการอภิปรายกลุ่มเป็นกลวิธีหลักในการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคและการกลับเป็นซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ ระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University